

委任状

年 月 日

伊丹市長 様

住 所

氏 名

(被保険者番号)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

私は、伊丹市より支給される介護保険居宅介護（予防）サービス費等（償還払い）受領に関する一切の権限を下記のものに委任します。

記

受任者 住 所

氏 名

電 話